

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

42

Année 1906

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1906, à 1 heure

Par RENÉ LE PIPE

TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX

PAR

L'Incision circonférentielle de la Jambe

Président : M. SECOND, professeur.

Juges : { MM. DELENS, agrégé.
RIEFFEL,
DUVAL Pierre, } agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

Anatomie.....	MM.	P. POIRIER.
Physiologie.....		CH. RICHT.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophthalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	travaux anatomiques
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JUANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage d'affection et de
profonde reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant les deux années que nous avons passées comme interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes, nous avons pu observer, dans le service de Dermatologie et dans les services de Chirurgie, que, s'il est une affection fréquente entre toutes, c'est bien l'ulcère variqueux de la jambe.

Les malades qui en sont atteints encombrant les services d'hôpital, et, lorsque, après plusieurs semaines et quelquefois plusieurs mois de repos au lit et d'application de topiques variés, on peut enfin les renvoyer guéris, ou à peu près, on sait que dans peu de temps ils reviendront avec le même ulcère qui guérira avec la même lenteur désespérante. Aussi, quand on revoit à intervalles réguliers les mêmes malades dont on ne peut se débarrasser que pour un temps et dont les lésions offrent parfois un aspect repoussant, on comprend que Boyer ait pu désigner cette classe, si vaste des ulcéreux, sous la dénomination pittoresque de « vermine des hôpitaux ».

Certes, parmi ces gens, il en est de bien peu intéressants.

Beaucoup sont d'une négligence incompréhensible et impardonnable. Ils ne se décident à se faire soigner qu'après avoir infligé pendant de longues années à leur entourage bien souvent le spectacle hideux et toujours l'odeur fétide d'un énorme ulcère abandonné à lui-même, ou — ce qui est pire encore — traité par les pansements les plus invraisemblables.

D'autres, loin de chercher à se guérir, sont enchantés d'avoir une maladie qui leur permet de se faire hospitaliser dans les jours de misère, et nous avons pu constater, comme M. Brault, que « les ulcères constituent la véritable plaie de nos services pendant la saison hibernale, sorte de gagne-pain des trimardeurs qui sont toujours sûrs ainsi de pouvoir prendre chez nous leurs quartiers d'hiver » (1).

Mais, à côté de ces gens bien peu dignes d'intérêt, il en est d'autres qui ont droit à notre pitié, et dont nous sommes heureux de pouvoir améliorer le sort : ce sont des travailleurs, pères de famille, qui se livrent à des métiers pénibles. A la suite d'un léger coup, à l'occasion du moindre choc, ils voient reparaitre leur triste infirmité et se trouvent pendant longtemps dans l'impossibilité d'accomplir un travail dont ils ont si grand besoin pour eux et pour leur famille.

Les traitements médicaux que l'on a préconisés contre les ulcères sont légion ; nous n'en parlerons pas.

(1) J. Brault, *Gaz. des hôp.*, mardi 4 août 1903. n° 89.

Le nombre des traitements chirurgicaux, tout en étant plus restreint, est encore assez considérable. Cette abondance même de procédés indique clairement qu'aucun d'eux n'est parfait et, dans cette imperfection des méthodes anciennes, nous trouvons l'explication de l'enthousiasme qui accueille toute nouvelle méthode, alors même qu'elle doit montrer par la suite qu'elle ne donne pas tout ce que l'on attendait d'elle.

Aussi, lorsque devenu interne de chirurgie nous avons vu notre maître appliquer aux ulcéreux un nouveau procédé, celui de Moreschi modifié, nous sommes nous intéressé vivement à cette opération. Les résultats étaient d'ailleurs assez encourageants, et, comme il nous a été donné de pouvoir recueillir un certain nombre d'observations, nous avons voulu en faire le sujet de cette thèse.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre bien nouvelle en étudiant un procédé opératoire connu depuis douze ans et qui a déjà fait le sujet de plusieurs travaux. Nous ne prétendons pas davantage prouver que cette opération est absolument parfaite et doit faire oublier ses devancières. Nous voulons seulement montrer que le procédé en question peut être employé avec avantage, et que sa découverte constitue un réel progrès dans la chirurgie des ulcères.

Ainsi donc, après avoir résumé les connaissances actuelles sur la pathogénie des ulcères variqueux, — chapitre qui trouve naturellement sa place au début d'un travail sur le traitement de cette affection — nous étudierons brièvement les diverses méthodes chirurgi-

cales employées avant la méthode des incisions circonférentielles.

Puis nous nous occuperons plus spécialement de la méthode de Moreschi et des modifications qu'elle a subies par la suite.

Enfin, après avoir indiqué la technique que nous avons vu suivre, et que nous avons suivie nous-même, et donné les observations personnelles recueillies à ce sujet, nous verrons quels sont les avantages de ce procédé et ses inconvénients.

Mais, avant de commencer cette étude, nous considérons comme un devoir de témoigner notre reconnaissance à nos maîtres de l'école de Rennes.

Nous avons eu la bonne fortune d'être, pendant un an, l'interne de M. le docteur Bodin, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique. Ses leçons si claires et si documentées nous ont fait nous intéresser tout particulièrement aux maladies cutanées. Nous sommes heureux d'avoir pu profiter de l'enseignement de ce maître dans une branche de la science où sa compétence et son autorité sont incontestables.

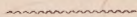
Des deux années que nous avons passées dans le service de M. le professeur Le Moniet, tant comme externe que comme interne, nous garderons toujours un excellent souvenir. Il fut pour nous le meilleur des maîtres et nous ne saurions assez le remercier et des principes solides qu'il nous a inculqués en matière chirurgicale, et de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et nous témoigne encore. Qu'il veuille bien recevoir aussi l'expression de notre gra-

titude pour les diverses opérations qu'il nous a laissé faire sous sa direction. C'est dans son service que nous avons puisé l'idée et les éléments de ce modeste travail.

M. le directeur de l'Ecole Perrin de la Touche, MM. les professeurs Bertheux, Follet, Dayot, Bruté de Rémur, Véron, Assicot nous ont toujours prodigué leurs enseignements, s'efforçant de nous faire profiter de leur science si vaste et de leur longue expérience. Qu'ils soient assurés de notre profonde reconnaissance.

Au cours de nos dernières années d'étude, MM. les docteurs Hardouin, Marquis et Chevrel, chefs de Clinique, nous ont facilité notre instruction médicale avec une amabilité constante. Tous nos remerciements à ces excellents amis.

Nous prions M. le professeur Segond de vouloir bien recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude pour le très grand honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de cette thèse.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0005

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie des ulcères variqueux.

Laissant de côté l'influence de l'âge, de la condition sociale, et les autres considérations étiologiques, nous verrons seulement dans ce paragraphe quelles sont les différentes théories pathogéniques qui ont été émises pour expliquer la formation de l'ulcère variqueux.

Cette question doit nous intéresser spécialement, puisque de la connaissance de la pathogénie des maladies peut découler la découverte de traitements plus efficaces.

Il semble d'abord assez naturel de penser que, l'ulcère se produisant presque toujours chez des gens relativement âgés, il soit sous la dépendance de troubles des artères. Et, en effet, Schreider, Rienzi, Quénu, Gilson ont montré que fréquemment chez les ulcéreux il existe de l'athérome artériel.

Il ne paraît pas, cependant, que l'on doive rechercher de ce côté la véritable cause de l'affection qui nous occupe. En effet, comme le fait remarquer

M. Pierre Delbet (1) « ces deux lésions, varices et athérome artériel, ne sont pas toujours associées. Nous voyons nombre de gens qui ont des varices sans athérome et nombre d'autres qui sont athéromateux à un très haut degré sans présenter de varices. Or les variqueux qui ont des artères saines sont souvent porteurs de vastes ulcères, tandis que les athéromateux qui ne sont pas variqueux, même ceux qui ont les artères assez profondément malades pour faire de la gangrène sénile, n'offrent jamais d'ulcère. L'ulcère n'est donc pas fonction de l'athérome. »

Depuis bien longtemps, on avait observé la coïncidence des varices et des ulcères, ce qui, d'ailleurs, avait valu leur dénomination à ces derniers.

L'insuffisance valvulaire avait été reconnue dès la fin du xviii^e siècle par le chirurgien anglais Everard Home. Verneuil, au milieu du siècle dernier, fit sur cette question des travaux qui comportaient comme conclusion, que les varices profondes précèdent toujours les varices superficielles. Mais on s'expliquait mal l'influence des varices sur l'ulcère. Boyer disait que la formation d'œdème s'observait toujours comme intermédiaire entre les unes et l'autre, mais il avouait finalement que l'enchaînement des faits lui échappait.

M. Terrier, le premier, pensa que le système nerveux pouvait bien influencer sur la production de l'ulcère, et son élève Séjournet (1), exposant les idées du maî-

(1) *Pierre Delbet*, Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu, août-septembre 1897, p. 222.

(1) *Séjournet*, Thèse de Paris, 1877, n° 326.

tre, conclut qu'il est probable que les ulcères variqueux sont le siège de lésions nerveuses, qu'il y a une relation de cause à effet expliquant le mode de production des ulcères, que l'ulcère variqueux est d'origine trophique.

L'hypothèse de la pathogénie nerveuse était émise. D'ailleurs, sans en tirer de conclusions, certains auteurs avaient déjà trouvé, d'une façon à peu près constante, des troubles de la sensibilité chez les ulcéreux. Dès 1812, Leveillé notait du refroidissement de la jambe malade. Puis Verneuil signalait des crampes fréquentes ; et en 1868 Auzilhon faisait mention de la diminution de la sensibilité si commune autour de l'ulcère.

Mais c'est M. Quénu (1) qui, en 1882, montra en quoi consistaient les lésions nerveuses dont on avait, avant lui, entrevu la possibilité. Il démontra péremptoirement que chez les ulcéreux on trouve de la névrite qui, par les troubles apportés dans la nutrition de la peau, explique la formation d'ulcères et aussi les perturbations de la sensibilité signalées par ses devanciers.

Cette névrite trouve sa cause dans la dilatation variqueuse des veines des nerfs.

« En résumé, la lésion habituelle est une névrite purement interstitielle, chronique, ordinairement périfasciculaire. »

M. Quénu terminait son travail par ces mots, résumant la théorie nerveuse : « Nous avons seulement essayé de prouver que l'altération des nerfs est un fac-

(1) *Revue de chirurgie*, 1882, t. II, pp. 877-897.

teur et un facteur important dans la pathogénie de ces ulcères, auxquels la circulation veineuse donne surtout leur aspect et, si j'ose dire, leur couleur locale. »

En 1888, dans une communication faite à la Société de Chirurgie, M. Quénu ne se montre pas moins affirmatif : « Les variqueux ont des varices des nerfs comme ils ont des varices des muscles et de la peau... L'état du système nerveux périphérique domine toute l'histoire des troubles fonctionnels des varices, de même qu'il régit l'apparition des différentes lésions cutanées, depuis le simple érythème jusqu'à l'ulcère variqueux. »

Telle est cette théorie basée sur des faits anatomiques précis.

À côté de cette conception qui fait jouer le rôle principal à l'élément nerveux, une autre théorie proclame la prédominance de l'élément veineux.

Bien connue depuis le travail de Trendelenburg en 1890, elle a été particulièrement bien exposée par M. Pierre Delbet en 1897.

Ce dernier auteur fait à la théorie nerveuse que nous venons d'exposer les objections suivantes :

1° Le mal perforant que l'on retrouve dans presque toutes les lésions nerveuses n'existe pas chez les malades atteints d'ulcère de jambe ;

2° Les troubles trophiques, dans le cas de lésions nerveuses, sont presque toujours consécutifs aux perturbations des autres fonctions du nerf et apparaissent les derniers. Or les troubles de la sensibilité n'existent pas ici d'une façon marquée ;

3° Le décubitus dorsal améliore rapidement l'ulcère de jambe ; il serait sans action sur une lésion purement nerveuse.

Ces raisons conduisent M. Pierre Delbet à chercher ailleurs la véritable cause de l'ulcère.

Il existe des modifications dans l'état des parois veineuses et consécutivement dans la circulation.

La lésion capitale est l'insuffisance valvulaire de la saphène. Plusieurs procédés permettent de la déceler :

Trendelenburg remarque que la veine saphène est invisible quand le malade est couché et qu'elle se gonfle quand il est debout.

L'expérience suivante est encore bien plus saisissante : le malade étant couché, on comprime la saphène au niveau de son abouchement dans la fémorale ; on fait lever le malade, la saphène reste aplatie ; puis on enlève vivement le doigt et l'on voit le sang se précipiter de haut en bas.

M. Schwartz met en évidence l'insuffisance valvulaire en percutant la saphène remplie de sang ; on voit alors l'onde vibratoire se transmettre dans les deux sens.

M. Pierre Delbet (1) a le mérite d'avoir prouvé que, même dans les cas où la saphène est invisible et non dilatée, elle peut être atteinte d'insuffisance valvulaire. A l'aide d'expériences manométriques très élégantes, il montre que, dans une saphène en appa-

(1) *Pierre Delbet*, Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu, août-septembre 1897, p. 217.

rence saine, après ligature, la pression, dans le bout central, qui devrait être égale à zéro, peut atteindre le chiffre énorme de 26 centimètres de mercure.

Ces expériences ont conduit l'auteur à des conclusions très intéressantes, mettant bien en évidence que le fait important n'est pas la dilatation de la saphène mais l'augmentation de pression à l'intérieur de ce vaisseau. De là la division qu'il fait des varices en *varices à faible tension* et *varices à grande tension*, ces dernières seules étant la cause des complications et de l'ulcère entre autres.

L'insuffisance valvulaire est donc un fait certain chez les ulcéreux : comment va-t-elle agir ?

De deux façons : 1° L'excès de pression refoule le sang vers la périphérie jusqu'aux capillaires, et, dans le domaine de la saphène la circulation étant plus ou moins arrêtée, la nutrition des tissus se trouve profondément troublée ;

2° Le sang veineux suit une direction centrifuge au lieu de sa direction centripète normale. Au niveau des anastomoses qui unissent le système veineux superficiel au système veineux profond, les valvules ont une disposition, bien mise en lumière par le professeur Le Dentu, qui permet au sang des veines superficielles de refluer vers les veines profondes, mais empêchent le courant en sens inverse. Le sang va remonter par les veines profondes et, arrivé au niveau de l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale, il va redescendre dans le système superficiel. De là un circulus veineux dans lequel le sang perd peu à peu ses

qualités nutritives et ne peut plus apporter aux éléments anatomiques les matériaux vivifiants dont ils ont besoin.

Si chacune de ces théories n'est pas à l'abri de certaines critiques, elles ont toutes deux pour les défendre des expériences et des observations irréfutables. Aussi ne nous semble-t-il pas qu'elles doivent s'exclure ; et si, dans certains cas, l'on peut dire que c'est l'une ou l'autre des lésions qui prédomine, dans beaucoup d'autres on est obligé d'attribuer à chacune une part de responsabilité dans le mal accompli.

Il nous faut donc retenir que deux grandes causes président à la formation de l'ulcère variqueux :

1° Des lésions veineuses dont la plus importante est l'insuffisance valvulaire de la saphène interne ;

2° Des altérations profondes du système nerveux périphérique.

Au dessus de ces modifications anatomiques, causes prochaines et immédiates de l'ulcère ; il faut peut-être invoquer une grande cause génératrice qui, pour M. le professeur Reclus, est l'arthritisme (1). « En fait, dit-il, par les altérations profondes qu'il provoque dans les artères, les veines, les nerfs, les téguments, surtout au niveau du membre inférieur, l'arthritisme prédispose singulièrement la jambe au processus ulcératif. Les causes de nutrition vicieuse des tissus s'enchevêtrent alors à tel point qu'il est difficile de décider qui a pu donner le branle ou jouer le rôle prépondérant. »

(1) *Reclus*, Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. I, p. 36.

CHAPITRE II

Revue historique et critique des méthodes chirurgicales autres que celle des incisions circonférentielles.

Nous ne prétendons pas faire ici une étude détaillée de tous les procédés chirurgicaux qui visent à la guérison de l'ulcère variqueux. Notre intention est simplement d'indiquer sommairement dans ce chapitre en quoi ils consistent, quels auteurs les ont préconisés, puis de montrer quels sont leurs avantages et leurs inconvénients.

De cette brève étude il nous restera une appréciation qui nous permettra de mieux juger par comparaison le procédé qui fera l'objet des chapitres suivants.

Il est d'usage de diviser ces opérations en *interventions au niveau de l'ulcère* et *interventions à distance*.

Bien que cette classification, qui est donnée par Cailleton (1), ne soit pas parfaite, nous l'acceptons

(1) Cailleton, Thèse de Paris, 1901, n° 335.

parce que nous n'en connaissons pas de meilleure, parce qu'elle est commode et qu'elle nous servira à présenter dans un tableau d'ensemble les différents modes de traitements chirurgicaux.

Interventions au niveau de l'ulcère.

- 1^o Incision circonférentielle autour de l'ulcère.
- 2^o Méthode des scarifications ;
- 3^o Méthode des greffes ;
 - a) Épidermiques,
 - b) Dermo-épidermiques,
 - c) Cutanées.
- 4^o Autoplastie.

Interventions à distance.

- 1^o Opérations sur la saphène interne.
 - a) Ligature simple.
 - b) Section entre deux ligatures.
 - c) Résection unique.
 - d) Résections multiples et étagées.
 - e) Résection totale.
- 2^o Élongation des nerfs ;
- 3^o Dissociation fasciculaire du nerf sciatique ;
- 4^o Incisions circonférentielles de la jambe.

I. — REVUE HISTORIQUE

1^o *Incision circonférentielle autour de l'ulcère, ou circonvallation.* — En 1853, Gay, chirurgien anglais, fit pour la première fois une incision en fer à cheval autour d'un ulcère ; il en obtint un résultat très satisfaisant. C'est Dolbeau qui en 1862 fit le premier l'incision circonférentielle en sachant bien quel but il se proposait ; son nom est resté attaché à la méthode. Cette incision qu'il appelait *libératrice* devait isoler l'ulcération des régions voisines et, de la sorte, permettre à ses bords de se rapprocher ; ce rapprochement devait hâter la cicatrisation.

Tenant compte de cette idée première de son auteur, nous avons laissé, à dessein, cette méthode à côté des autres interventions au niveau de l'ulcère, bien que nous soyons persuadé de la complexité de son mode d'action qui justifierait, jusqu'à un certain point, sa place à côté des méthodes classées dans les interventions à distance.

Dans la suite, d'ailleurs, Dolbeau se convainquit que, s'il libérait la perte de substance, son procédé devait avoir aussi une influence heureuse sur la circulation veineuse et l'innervation de l'ulcère.

Nüsbaum en 1873 publie des résultats obtenus par ce procédé qu'il dit avoir employé dès 1859. En 1866, Faure apporte une modification en proposant de faire deux incisions qui circonscrivent l'ulcère. Hogden

remplace l'incision unique par de petites incisions en arc de cercle dont l'ensemble offre assez l'aspect d'un diagramme de fleur.

Cette méthode employée pendant quelque temps par Berger, Felizet et Gérard-Marchant en France, par Willems, Harbendt en Belgique, semble à peu près abandonnée.

Le manuel opératoire est des plus simples. Il consiste à faire à deux centimètres et demi des bords de l'ulcère une incision intéressant les tissus jusqu'à l'aponévrose, puis, au moyen d'un pansement, on empêche les lèvres de la plaie ainsi formée de se rapprocher.

2° *Scarifications*. — Elles étaient déjà conseillées par Galien et Ambroise Paré, mais dans le but d'activer l'action des médicaments.

C'est Vidal qui eut l'idée de les employer seules.

Ce traitement, d'abord appliqué par lui au lupus, le fut ensuite aux ulcères variqueux.

Les incisions faites avec un instrument à pointe fine doivent être parallèles et aussi rapprochées que possible. On fait ensuite une seconde série d'incisions également parallèles entre elles mais formant avec les premières un angle aigu. Vidal insiste sur ce fait qu'elles doivent empiéter peu sur l'ulcère, et s'étendre au contraire à deux ou trois centimètres sur le tissu sain.

3° *Greffes*. — Ce mode de traitement est tout récent ; c'est à Reverdin que revient l'honneur de sa découverte. Il l'appliqua la première fois à une brûlure

étendue qu'il recouvrit de lambeaux épidermiques pris sur une autre partie du corps. Le résultat fut excellent, la greffe épidermique était inventée.

Ollier fit la première greffe dermo-épidermique, mais c'est Thiersch qui indiqua nettement quelle préparation devait subir l'ulcère variqueux pour qu'il put recevoir une greffe avec chance de succès, de là le nom de greffes d'Ollier-Thiersch.

Le procédé s'appliquant à toute autre plaie qu'aux plaies variqueuses, nous ne voyons pas la nécessité de décrire le manuel opératoire qui est des moins compliqués.

4° *Autoplastie*. — On désigne sous ce nom la transplantation, sur une plaie ou un ulcère, d'un lambeau emprunté à une autre région du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule.

En réalité cette méthode n'est pas nouvelle, mais ce n'est qu'en 1888 que les professeurs Berger, de Paris, et Poncet, de Lyon, l'appliquèrent aux ulcères variqueux. A une date antérieure, Hofmokel, de Vienne, avait traité un cas de cette façon. Il ne nous semble pas utile de nous étendre sur la description de ce procédé qui comporte des variations de détails d'après les circonstances, et dont le principe est suffisamment indiqué dans la définition que nous avons donnée plus haut.

5° *Opérations sur la saphène interne*. — Il y a bien longtemps que l'on a commencé à traiter chirurgicalement les paquets variqueux siégeant sur le trajet de la saphène. Autrefois cette opération était très mal réglée.

C'est J.-L. Petit qui précisa les indications et la technique du traitement, et Everard Home, le premier, en 1799 l'appliqua à l'ulcère variqueux. En Italie, Rima, dans un mémoire lu à l'Athénée de Venise en 1825, propose la ligature de la saphène à la partie inférieure de la cuisse ; plus tard Soléro, de Mantoue, sectionne la veine préalablement liée. On conçoit facilement que ce fût là une intervention bien périlleuse avant la découverte de l'antisepsie : on relate partout que Lisfranc perdit trois de ses opérés sur cinq d'infection purulente. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner, si l'on voit, après de tels résultats, Dupuytren et Vidal de Cassis et plus tard Velpeau et Nélaton condamner toute intervention et déclarer que les varices sont incurables.

Il nous faut arriver en 1875 pour voir Lucas-Championnière faire la première ligature de saphène dans de bonnes conditions.

Dès 1885 M. Schwartz fait cette opération pour un ulcère variqueux, il précise bien les indications et le manuel opératoire et rapporte en 1887 à la Société de Chirurgie les succès obtenus par lui dans trois cas.

Et ce n'est qu'en 1890 que celui qui devait attacher son nom à la méthode, Trendelenburg, publie ses résultats, exposant en même temps une étude remarquable sur l'insuffisance valvulaire dans son ouvrage *sur « la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de la jambe. »*

M. Ricard fit l'opération dans un très grand nombre

de cas et donna connaissance de ses résultats en 1894. Jusqu'alors on sectionnait la veine après ligature. L'opération subit peu à peu des modifications et MM. Schwartz, Quénu, Rémy, Regnier ne tardèrent pas à proclamer la supériorité de la résection sur la section simple après ligature.

Dans ces derniers temps, la question a été magistralement traitée par M. Viannay⁽¹⁾ dans un travail qui nous a beaucoup servi pour ce qui concerne l'opération de Trendelenburg.

Disons maintenant quelques mots des diverses interventions pratiquées sur la saphène.

a) *Ligature simple*. — Elle est recommandée par Chalat dans la Thèse d'Estienny (Toulouse 1892-93). On dénude la veine, on fait une simple ligature et on réunit.

b) *Section entre deux ligatures*. — Ces mots expliquent assez en quoi consiste le procédé. C'est la technique préconisée primitivement par Trendelenburg qui conseillait de la répéter à deux ou trois hauteurs différentes s'il y avait lieu.

c) *Résection unique*. — On enlève un segment de veine compris entre deux ligatures, à un niveau quelconque de la cuisse indiqué ordinairement par la présence d'un paquet variqueux. Pour faciliter les manœuvres, certains chirurgiens font, au lieu d'une incision linéaire, un lambeau en U large à branches courtes.

(1) *Viannay*. Etude critique sur l'opération de Trendelenburg, *Revue de chirurgie*, 1905, n° 1, p. 78-103.

d) *Résections multiples et étagées.* — C'est à M. Schwartz que revient l'honneur d'avoir préconisé cette méthode qui, nous le verrons, est celle de choix parmi les interventions que l'on peut tenter sur la saphène. C'est, en somme, l'opération précédente répétée à des niveaux différents.

e) *Réséction totale.* — Peu employée, elle consiste à enlever la totalité de la veine.

Nous ne voudrions pas terminer ce paragraphe sans dire quelques mots d'une intervention que nous n'avons pas pu classer ailleurs, dont l'idée est encore due à M. Schwartz et qui a été exposée par son élève Cailloüé (Th. de Paris 1899, n° 517). C'est *l'excision de grands lambeaux cutanés*.

Cette opération est employée par lui comme complément des résections multiples et étagées, et consiste dans la production d'un « bas élastique naturel ».

Le principe est celui de la cure du varicocèle. Quand la peau est lâche, atone, extensible, on enlève à la jambe ou, quelquefois, à la cuisse, un lambeau losangique à grand axe vertical mesurant 12 à 15 centimètres et large de 6 centimètres au plus. On réunit ensuite par des crins de Florence au nombre de 35 à 40. Il s'ensuit que les varices sous-cutanées sont bridées par la tension de la peau comme elles le seraient par un bas élastique.

6° *Élongation des nerfs.* — Employé en 1873 par Nüsbaum, de Munich, dans un cas de paralysie avec contracture du membre supérieur, ce traitement fut

appliqué en 1894 à un cas de mal perforant par Chipault qui, en 1899 publia cinq cas d'ulcères traités et guéris par cette méthode. Le principe est de faire subir une tension au nerf sous la dépendance duquel se trouve l'ulcère. On dénude le nerf que l'on veut traiter; on le charge sur une sonde cannelée, à ce moment on peut l'écraser par la pression du doigt, puis on le distend lentement et modérément.

Chipault fait toujours, en même temps, soit l'excision de l'ulcère, s'il est petit, soit une application de greffes, s'il est vaste.

7° *Dissociation fasciculaire du nerf sciatique.* — En 1895, le docteur Delagenière, traitant une sciatique rebelle chez un variqueux par la ligature des veines péri-nerveuses, fut obligé de dissocier le nerf sciatique pour aller détruire les veines qui pénétraient entre ses faisceaux. Le résultat fut excellent.

En 1897, Gérard-Marchant appliqua cette dissociation du sciatique à deux cas de mal perforant et eut deux succès.

C'est M. Paul Delbet qui étendit la méthode aux ulcères variqueux et la fit bien connaître avec ses résultats dans une communication à la Société de Biologie en 1899.

Ce procédé, encore connu sous le nom de « *hersage* », consiste, après découverte du sciatique, à le dissocier avec la sonde cannelée, avec la pointe du bistouri, ou avec un appareil spécial inventé dans ce but par Gérard-Marchant.

II. — ÉTUDE CRITIQUE

Il est incontestable qu'en face d'un malade atteint d'ulcère variqueux, le chirurgien doit viser un double but : d'abord amener la cicatrisation de la lésion actuelle dans le minimum de temps, ensuite — et c'est là le point le plus important et, malheureusement, le plus difficile — mettre le malade à l'abri des récidives ; et ce, en lui faisant courir le minimum de risques, c'est-à-dire par les moyens les plus bénins.

Voyons donc ce que nous pouvons attendre de chacune des méthodes que nous venons d'exposer, en vue de la réalisation de cet idéal thérapeutique.

La méthode des scarifications est absolument bénigne et inoffensive. Les lymphangites légères qu'elle a pu occasionner ne sont pas une raison suffisante pour la faire abandonner. Malheureusement, si elle est efficace dans le lupus, elle ne semble pas hâter la cicatrisation de l'ulcère.

Certes l'on ne peut pas faire le même reproche à la méthode des greffes. Quand on arrive à les faire prendre, on obtient une guérison rapide et une peau de beaucoup préférable au tissu de cicatrice habituel.

Nous avons vu des cas traités de cette façon, où la réparation s'opérait avec une rapidité prodigieuse. Mais il faut tenir compte de la difficulté que l'on rencontre quelquefois dans l'étalement de ces greffes sur la surface ulcérée, surtout quand il s'agit de greffes

épidermiques. En outre, il faut une désinfection préalable aussi complète que possible ; sans cette précaution, qu'il est souvent difficile de réaliser, il n'est pas rare d'avoir un échec complet, et alors on a à guérir en plus les plaies, légères il est vrai, faites par la prise des lambeaux dermo-épidermiques.

L'autoplastie, employée avec succès dans diverses plaies, semble à peu près abandonnée dans le cas d'ulcère variqueux, où le prélèvement du lambeau autoplastique présente des difficultés particulières.

De ces trois procédés, un seul est vraiment pratique, la greffe, capable d'amener une prompte guérison. Tous les trois ont ce grave inconvénient de ne changer en rien les causes qui ont créé l'ulcère, et, si elles le guérissent, de ne rien faire pour l'empêcher de se reproduire dans un délai plus ou moins rapproché. Nous avons vu, pour notre part, bien des ulcéreux s'en aller guéris par l'application de greffes, mais revenir plus tard dans le même état qu'avant leur opération. Un malade d'une observation que nous rapportons plus loin est dans ce cas.

Le procédé de Dolbeau, en modifiant légèrement la vascularisation et l'innervation au niveau de l'ulcère, réalise un certain progrès. Mais cette opération, faite dans le voisinage immédiat d'une plaie septique, nécessite une désinfection minutieuse et parfois impossible de cette dernière. De plus, la cicatrisation par seconde intention de la plaie opératoire est excessivement lente. Ajoutons à cela qu'il fait naître, sur une peau d'une vitalité déjà diminuée, un large tissu de

cicatrice qui devient un point tout prédisposé à l'ulcère. Enfin on a noté des hémorragies assez sérieuses, mais dont il est facile de se rendre maître par l'application de la bande élastique et du pansement compressif.

Il est difficile de bien juger les deux méthodes qui s'attaquent aux nerfs ; elles sont peu employées et on en connaît mal les résultats.

M. Chipault traite l'ulcère directement en même temps qu'il fait l'élongation nerveuse, de sorte qu'il est impossible de dire quelle part exacte revient à l'un et à l'autre de ces deux facteurs de guérison. Quoiqu'il en soit, si la méthode est praticable dans les ulcères de petites dimensions, où il suffit de s'adresser à un seul nerf, elle devient plus compliquée si l'on a affaire à un vaste ulcère circulaire.

Quant à la dissociation fasciculaire du sciatique, nous manquons d'observations pour l'apprécier. On sait seulement que ses auteurs en ont obtenu de bons résultats immédiats, mais que certains opérés se plaignent dans la suite d'élancements douloureux.

Ces deux modes de traitement ont, en tout cas, le tort de négliger les varices superficielles qui jouent un rôle important et indiscutable dans la formation des ulcères.

Parmi les opérations sur la saphène interne, la ligature simple est inefficace.

Pour ce qui est de la section entre deux ligatures et de la résection unique, M. Viannay a pu démontrer qu'elles permettent à la circulation de se rétablir,

excepté, cependant, quand la résection a lieu très haut, dans le triangle de Scarpa.

La résection totale étant peu pratiquée, nous ne saurions la juger. Il semble qu'elle ne doive pas être plus efficace que les ligatures multiples et étagées et qu'elle soit d'une exécution plus difficile.

M. Viannay conclut, avec des pièces anatomiques à l'appui de ses assertions, que la méthode de choix est celle de M. Schwartz (résections multiples et étagées) et que « toute intervention portant sur un seul point de la veine est inefficace et illusoire, à l'exception de la résection haute dans le triangle de Scarpa ».

Indépendamment du reproche que l'on peut adresser à ce mode opératoire de laisser intacts les filets nerveux superficiels atteints de névrite et capables d'entretenir des troubles trophiques de la peau, on peut encore lui faire une autre objection. Du fait que l'on aura ramené la pression sanguine à la normale au niveau des veines de la jambe, on aura bien supprimé cette cause de l'ulcère, mais seulement dans le territoire de la saphène interne.

On admet communément les idées de M. Rémy pour qui « tout ulcère variqueux repose sur une veine variqueuse qui adhère à la peau, cette adhérence étant ancienne, antérieure à l'ulcération (1). » On aurait par conséquent les ulcères de la saphène interne, les ulcères de la saphène externe et les ulcères des communicantes. Efficaces dans ceux de la première caté-

(1) Rémy, Traité des varices du membre inférieur. 1900.

gorie, ligatures et résections de la saphène interne n'influent pas sur les ulcères des deux autres classes.

Il n'en est pas moins vrai que cette intervention est absolument indiquée dans le cas d'insuffisance valvulaire avec ulcère dans le domaine de la saphène interne.

Quant à l'excision de grands lambeaux cutanés, elle a été surtout pratiquée contre des varices simples. Cependant Cailloué rapporte quatre cas de varices avec ulcères où ceux-ci ont été améliorés et n'ont pas été suivis de récides.

Pratique quand la perte de substance est de dimensions assez faibles pour pouvoir être comprise dans le lambeau à enlever, cette méthode ne peut être employée dans les cas de vastes ulcères, ou encore quand la peau est infiltrée et adhérente, ce qui est d'une extrême fréquence.

CHAPITRE III

La Méthode de Moreschi.

Les modifications qu'elle a subies.

La chirurgie était riche en interventions à opposer aux ulcères variqueux. Elle n'en possédait pas une seule, nous venons de le voir, qui fût absolument rationnelle, pas une qui fût complète.

Frappé par l'imperfection des méthodes employées jusqu'à lui, un chirurgien italien, Moreschi, a introduit en 1894 dans la pratique chirurgicale un nouveau mode de traitement qui est la source des différentes méthodes d'incisions circonférentielles employées depuis, et dont nous allons, maintenant nous occuper d'une façon plus spéciale.

Il n'est que juste de reconnaître qu'il fallait être assez audacieux pour entreprendre sur un membre déjà largement ulcéré et de vitalité bien amoindrie une opération éminemment sanglante et d'apparence aussi destructive que le fut la méthode primitive.

Nous verrons plus tard si l'auteur a bien atteint le

but qu'il se proposait ; qu'il nous suffise, pour le moment, de constater qu'il a inauguré un procédé particulièrement original et qui se distingue nettement de ses aînés.

Nous allons donc voir ce qu'a été, à l'origine, la méthode de Moreschi, puis les principales modifications que divers chirurgiens lui ont fait subir par la suite.

Afin d'éviter des redites continuelles qui ne manqueraient pas d'être monotones, nous nous réservons de faire plus loin la discussion de la méthode des incisions circonférentielles en général. Dans ce chapitre nous nous bornerons à indiquer, s'il y a lieu, après chaque procédé les critiques qu'on peut lui adresser en ce qu'il a de spécial.

I. — LE PROCÉDÉ DE MORESCHI

Cette nouvelle méthode date de 1894.

Nous ne saurions mieux la faire connaître qu'en résumant, en quelque sorte, le travail que l'auteur a fait paraître en 1899 dans la *Clinica chirurgica* (1).

Moreschi fait remarquer que son procédé ne dérive nullement de l'incision libératrice de Dolbeau, car celle-ci ne s'occupe en rien de la colonne sanguine qui,

(1) *Moreschi*, Mon procédé pour la cure des varices et des ulcères variqueux du membre inférieur. *Clinica chirurgica*, 28 febbraio 1899.

par sa pression, reste la cause perpétuelle de l'ulcère. Il reproche aux méthodes existantes de ne pas empêcher la circulation veineuse de se rétablir par les collatérales.

Selon Moreschi, une cure radicale des varices doit répondre aux trois indications suivantes :

1° Interrompre et diviser la colonne sanguine qui, par son poids, distend les parois veineuses et les altère ;

2° Empêcher le sang de revenir par les collatérales. Dans le réseau d'où il a été momentanément chassé ;

3° Obtenir le rétrécissement de la lumière des veines et parfois même leur oblitération.

Que va faire Moreschi pour atteindre ce triple but ?

Sa technique opératoire comprend trois temps :

1° On fait, à quatre centimètres environ au dessus des limites supérieures de l'ulcère, une incision circulaire.

Les lèvres de la plaie étant écartées, on recherche les veines que l'on excise entre deux ligatures. Arrivé sur l'aponévrose on dénude cette dernière sur une assez grande étendue ; on opère ainsi un véritable râclage qui détruit les anastomoses pouvant relier le système veineux superficiel au système veineux profond. Moreschi insiste beaucoup sur ce temps de l'opération qu'il considère comme très important ;

2° Ensuite on pratique à environ un ou deux centi-

mètres au dessus des malléoles une seconde incision circulaire qui doit pénétrer également jusqu'à l'aponévrose que l'on dénude encore soigneusement.

On refait pour les veines que l'on rencontre ce que l'on a fait lors de l'incision supérieure.

3^e Dans un troisième temps, on peut curetter la surface de l'ulcère, ou même, si celui-ci est trop étendu, y appliquer des greffes dermo-épidermiques.

Quant aux deux incisions, on peut en rapprocher les bords par quelques points de suture, mais Moreschi préfère, en tous les cas, la cicatrisation par seconde intention qui donne naissance à un large tissu fibreux plus impropre au rétablissement de la circulation veineuse sous-cutanée.

Tel est, dans ses grandes lignes, le procédé de Moreschi. C'est à dessein que nous n'avons pas insisté sur des détails de technique que nous étudierons plus spécialement au chapitre suivant.

Quelques objections s'adressent tout particulièrement à cette opération telle que nous venons de la décrire.

Et d'abord, pourquoi l'incision circulaire au niveau de la région sus-malléolaire ?

On pouvait craindre que l'insuffisance valvulaire n'atteignit les veines profondes et les anastomoses en même temps que les veines superficielles. Dans ce cas une seule incision eût été illusoire, car la pression immédiatement au dessous de l'oblitération veineuse aurait persisté, après l'opération, identique à ce qu'elle était précédemment.

Mais cette crainte n'est pas justifiée. M. Pierre Delbet a montré, en effet, par des expériences signalées au début de ce travail, que, si la pression sanguine dans le segment central de la veine est parfois énorme, par contre la pression constatée dans le segment inférieur périphérique peut être considérée comme normale.

Moreschi connaît, d'ailleurs, parfaitement la disposition des valvules qui, dans les anastomoses, empêchent le reflux du sang des veines profondes vers les superficielles. Aussi, s'il fait son incision inférieure, c'est par excès de prudence. Il veut obtenir la thrombose et l'oblitération complète des veines entre la ligature supérieure et la ligature inférieure, de façon que le système veineux superficiel soit divisé en deux tronçons beaucoup plus distants l'un de l'autre.

C'est peut-être là une précaution exagérée. En tout cas, cette incision inférieure est bien souvent nuisible. La réparation à son niveau est particulièrement lente, et la cicatrice reste pendant longtemps le siège de douleurs parfois intenses. On a observé, en outre, dans certains cas, la production de travées de tissu cicatriciel bridant les tendons sous-jacents et empêchant ainsi, dans des limites plus ou moins étendues, le fonctionnement du pied. Enfin, quand l'ulcère est situé très bas, ce qui est loin d'être rare, il devient presque impossible de pratiquer cette incision inférieure.

Nous devons faire remarquer dès maintenant que Moreschi ne parle pas de la section des nerfs comme

moyen thérapeutique et que, ne sectionnant pas l'aponévrose jambière, il ne peut atteindre certains filets nerveux importants.

II. — MÉTHODES DÉRIVÉES DU PROCÉDÉ DE MORESCHI.

Lors de son apparition, le nouveau mode de traitement souleva, surtout en Italie, un véritable enthousiasme.

Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que, si dans l'ensemble ses résultats semblaient excellents, il était passible de certains reproches, entre autres de ceux que nous avons énoncés tout à l'heure. Aussi plusieurs chirurgiens ont-ils apporté, tour à tour, dans la technique opératoire des variations, parfois considérables, qu'il est d'autant plus utile de connaître que, d'une façon générale, le procédé primitif est actuellement abandonné et que, pour la plupart, elles suppriment les inconvénients signalés plus haut.

Certains auteurs (Mariani, Reclus, Paul Delbet, Mauclair, Brault) font porter les modifications sur la forme ou le siège de l'incision mais ils la laissent à la jambe.

D'autres, comme Wenzel, de Buenos-Ayres, transportent l'incision à la cuisse.

Enfin, il nous faudra signaler dans ce chapitre la méthode de Ledderhose, modification lointaine, il est vrai, mais incontestable du procédé qui nous occupe,

malgré l'abandon qu'elle fait de l'incision circonférentielle.

A) Modifications apportées par Mariani, Reclus.

Paul Delbet, Mauclaire, Brault.

Mariani commença par employer intégralement le procédé de Moreschi. Il l'appliqua dans trois cas d'ulcères variqueux et fut le premier à s'émouvoir de la lenteur de la cicatrisation de l'incision inférieure, des douleurs qu'elle entraînait à sa suite et de l'œdème du pied consécutif à l'opération.

Aussi décida-t-il de se borner à l'incision supérieure. Il la fait à la partie de la jambe où celle-ci a son diamètre maximum, de la façon que nous avons déjà exposée. Il réunit la peau avec quelques points de suture très lâches et très espacés. Cette incision unique lui a donné des résultats excellents qu'il a publiés en 1900 (1).

A l'exemple de Mariani, tous les auteurs qui, dans la suite, se sont occupés de la méthode, ont définitivement délaissé l'incision sus-malléolaire.

M. le professeur Reclus opère comme Mariani, mais, au lieu d'inciser les téguments à la partie la plus volumineuse de la jambe, il fait siéger l'incision à la partie supérieure. Cette particularité lui a valu le

(1) *Carlo Mariani, Gazzetta degli ospedali*, 25 novembre 1900, Incision circulaire unique comme cure radicale des varices et des plaies variqueuses du membre inférieur.

nom « d'incision en jarretière ou circonférentielle à distance ». Dès 1902, Durand (1) publie cinq observations de malades opérés de cette façon dans le service de M. Reclus.

Jusqu'alors, si on faisait quelquefois la suture immédiate, bien souvent, — suivant en cela le conseil de l'inventeur de la méthode, — on abandonnait la plaie opératoire à la réunion par seconde intention ; il s'en suivait un anneau fibreux, rétractile, qui pouvait parfois enserrer la jambe assez fortement. C'est pour remédier à cet inconvénient et éviter une trop grande rétraction cutanée que M. Paul Delbet recommande de faire non plus une incision circulaire unique, mais deux demi-circonférences légèrement incomplètes, l'une antérieure, l'autre postérieure et de réunir, sur les côtés, leurs extrémités par une ligne brisée en V. De la sorte, si l'anneau fibreux est serré d'une façon exagérée, les branches du V, en s'écartant, rétabliraient une certaine laxité.

Il semble que cette précaution ne soit pas nécessaire quand on obtient la réunion immédiate qui donne une cicatrice absolument souple, mobile et peu susceptible de rétraction.

M. Mauclaire, exposant dans une clinique faite à l'hôpital Necker, en 1901, le procédé de Moreschi, lui donne le nom de *méthode combinante*, parce qu'il réunit dans une seule intervention divers moyens d'action employés par plusieurs méthodes anciennes.

(1) *Durand*, th. de Paris, 1901-1902, n° 140,

Puis il propose une *méthode ultra-combinante* qui comprend trois ligatures superposées de la saphène, la circonvallation de l'ulcère et l'incision circonférentielle. M. Mauclore modifie, d'ailleurs, cette dernière et la fait complètement en guirlande — terme qui en explique assez la forme — réalisant ainsi, au plus haut degré, la précaution recommandée par M. Paul Delbet.

Enfin, en 1903, M. Brault (1), dans le but d'obtenir une cicatrice moins apparente et moins constrictive, a pensé à faire seulement un « fer à cheval postéro-interne ».

« Nous laissons indemne, dit-il, la région antéro-latérale externe où il y a peu de groupes veineux importants, où il n'y a pas de filets nerveux intéressants à sectionner... En outre, dans le but d'atteindre plus facilement tous les nerfs cutanés et le groupe postérieur des veines (saphène externe), j'ai pensé qu'il valait mieux rester à la partie moyenne du mollet, tout en incisant non seulement les téguments, mais encore l'aponévrose d'enveloppe. » Il insiste donc sur la nécessité de sectionner les nerfs et d'entamer l'aponévrose pour aller chercher ceux qui sont sous-aponévrotiques.

M. Brault a fait connaître dans le même travail et dans la thèse de Jasseron (2) les résultats qu'il a obtenus en opérant de cette façon, et qui sont des plus satisfaisants.

(1) *J. Brault*, Contribution au traitement chirurgical des ulcères variqueux de la jambe. *Gaz. des hôp.*, 4 août 1903, n° 89.

(2) *Jasseron*, thèse de Toulouse, 1905, n° 591.

Comme on le voit, les diverses modifications dont nous nous sommes occupés jusqu'ici ne se distinguent les unes des autres que par de légers points de détail.

Chacune d'entre elles constitue, pour ainsi dire, le cachet personnel apporté par chacun de ces chirurgiens dans l'application d'un seul et même procédé opératoire. Aussi, les comprendrons-nous toutes dans la même critique qui sera faite dans quelques instants.

B) *Incision circonférentielle de la cuisse.*

C'est à un chirurgien de Buenos-Ayres, Wenzel, élève de Trendelenburg, que doit être attribuée la paternité de l'incision circonférentielle de la cuisse (1). Il l'a fait connaître en 1901 dans un mémoire à la Société Médicale Argentine, mémoire dont le *Berliner* de février 1902 donne un compte rendu très détaillé.

Crédé, de Dresde, s'est fait le défenseur de cette opération que M. Schwartz a employé à plusieurs reprises à l'hôpital Cochin, et dont M^{lle} Tessène a fait le sujet de sa thèse en 1905.

Wenzel nous fait savoir les raisons qui l'ont fait adopter cette intervention. Son but est de lier toutes les veines superficielles, parmi lesquelles il peut s'en trouver une « qui se dilate ensuite jusqu'à atteindre la

(1) Cependant, Moreschi avait déjà conseillé de faire une troisième incision à la cuisse au cas où celle-ci serait envahie par des varices nombreuses et de volume important.

grosseur d'une saphène interne ». Il reconnaît que, faite à la jambe, l'incision circulaire donne aussi des résultats, mais il la remonte au niveau de la cuisse à cause du mauvais état dans lequel se trouvent les veines autour et immédiatement au dessus de l'ulcère. L'incision est faite à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la cuisse ; quelquefois on pourra la faire un peu au dessus, mais jamais au dessous de ce point, à cause de la trop grande rétractilité des tissus dans le creux poplité.

L'inventeur du procédé recommande de le pratiquer avec soin et aussi lentement qu'il sera nécessaire, afin de ne pas sectionner les filets nerveux. Il admet, cependant, que leur division n'aurait pas grande importance.

Wenzel écrit : « En tout j'ai employé l'incision circulaire de cuisse dans 22 à 26 cas ; dans toutes ces opérations j'ai vérifié la cicatrisation par première intention, et dans tous ceux qu'il m'a été donné de revoir jusqu'à présent, la guérison a été définitive et ni les varices ni les ulcères n'ont récidivé. »

Les autres auteurs ne manifestent pas le même optimisme. M^{lle} Tessène rapporte dans sa thèse que sur trois cas de Crédé aucun n'a été revu, et les cas opérés par M. Schwartz ne sont pas très encourageants puisqu'on y relève des récives et même des résultats immédiats peu favorables.

Que les veines soient malades au dessus et autour de l'ulcère, nous n'en doutons pas. Quoi qu'il en soit nous n'avons jamais constaté le moindre accident

à la suite de l'opération au niveau de la jarretière.

D'un autre côté, si on respecte les filets nerveux, on perd une grande part du bénéfice de la méthode de Moreschi; d'ailleurs l'incision à la cuisse ne permet pas d'atteindre les nerfs dont les altérations ont contribué à la formation de l'ulcère.

Il est juste de reconnaître qu'elle a l'avantage d'être commode dans les cas d'ulcère très haut situé, ce qui est une rareté; en outre la peau de la cuisse est plus souple et d'une réunion plus facile. Enfin, elle permet de réséquer une partie de la saphène interne, mais elle n'atteint pas les varices peu importantes, il faut en convenir, de la saphène externe qui se jette dans la poplitée.

C) *Procédé de Ledderhose.*

Ce procédé a fait le sujet de la thèse de Holtzmann⁽¹⁾. Ledderhose, de Strasbourg, constate l'œdème consécutif à l'opération de Moreschi, et reproche à l'incision circulaire de sectionner les troncs lymphatiques qu'elle rencontre. Afin de respecter ces derniers et d'éviter l'œdème il fait des incisions longitudinales intéressant les téguments jusqu'à l'aponévrose jambière; ces incisions sont ensuite réunies au moyen de crins de Florence. On obtient ainsi une série de travées de tissu cicatriciel.

On manque d'observations pour apprécier cette mé-

(1) *Holtzmann*, th. de Strasbourg, 1898.

thode peu employée. Il est difficile de connaître exactement l'action des incisions longitudinales, puisque l'auteur y adjoint toujours les résections étagées de la saphène interne.

« La guérison idéale des varices du bas de la jambe, dit Holtzmann, serait la résection complète du réseau veineux sous-cutané. L'incision longitudinale combinée avec la ligature de Trendelenburg s'approche le plus de cet idéal, car elle produit une amélioration frappante des œdèmes et des varices du bas de la jambe. »

Nous ne refusons pas à cette opération une influence heureuse ; l'on peut dire, toutefois, que, pour être efficaces, les incisions longitudinales doivent permettre d'atteindre au moins les veines importantes, c'est-à-dire être relativement nombreuses. Dans ce cas elles demanderaient beaucoup plus de temps pour la suture qu'une incision circulaire unique qui est loin de produire d'une façon constante l'œdème que redoutait Ledderhose.

Nous ne pouvions passer sous silence ces deux derniers procédés, mais nous avons tenu à ne pas comprendre dans la critique générale des incisions circonférentielles des opérations qui s'en distinguent aussi nettement, et dont l'emploi est extrêmement plus rare.

CHAPITRE IV

Technique de la méthode de l'incision circonférentielle.

Son mode d'action.

I. — TECHNIQUE

Nous allons, dans ce chapitre, exposer la technique que nous avons toujours vu employer, celle qui a été mise en pratique dans les observations que nous rapporterons tout à l'heure.

Disons tout de suite que, consistant essentiellement en une seule incision faite à la partie supérieure de la jambe, c'est, en somme, la méthode Mariani-Reclus.

En général, les ulcéreux arrivent à l'hôpital dans un état de malpropreté manifeste, du moins en ce qui concerne leur jambe malade. Aussi est-il prudent, et même nécessaire, pour ne pas s'exposer à des complications plus ou moins sérieuses, de leur faire subir pendant quelques jours des soins spéciaux destinés à

désinfecter autant que possible la région qui sera le siège de l'opération.

Des grands lavages quotidiens, ou même bi-quotidiens, à l'eau oxygénée à 12 volumes et, dans l'intervalle, des applications de pansements humides à l'eau bouillie simple, nettoient activement la surface de la plaie et débarrassent de leurs croûtes nombreuses et parfois épaissies les surfaces cutanées qui environnent l'ulcère.

Au bout de deux ou trois jours de ce traitement — l'ulcère variqueux étant, en somme, d'une septicité relativement faible — l'opération peut être faite sans crainte de voir s'infecter la plaie opératoire.

Tout étant préparé pour l'intervention, le malade est anesthésié au chloroforme ou à l'éther. On le dispose alors à l'extrémité de la table d'opération comme pour une amputation de jambe. Le membre inférieur sain est plié et fixé au pied de la table. Celui sur lequel on doit opérer est allongé et tenu par un aide dans cette position. On entoure la partie inférieure de compresses stérilisées qui recouvrent la surface de l'ulcère et l'isolent aussi complètement que possible du champ opératoire.

La désinfection de la peau est faite comme pour toute autre intervention chirurgicale. Pour notre part, nous avons toujours vu employer, après un brossage prolongé avec de l'eau savonneuse, un nettoyage à l'alcool à 90° suivi d'un autre au permanganate de potasse et au bi-sulfite de soude et on termine par une solution de sublimé au millième.

La bande d'Esmarck étant préalablement appliquée à la racine de la cuisse, l'opérateur se place en dehors de la jambe.

Passant alors l'avant bras sous le membre malade, on met le couteau à amputation tenu à pleine main, au niveau de la jarretière, en contact avec la peau qui recouvre la face antéro-interne du tibia. On commence là l'incision des téguments et on la continue d'avant en arrière et de dedans en dehors. Arrivé à la région postéro-externe, au niveau du péroné, le couteau se trouve mal en main pour continuer la section des tissus. On peut alors le retourner et recommencer, à deux ou trois centimètres en dehors de la crête du tibia, à la même hauteur que précédemment, une autre incision qui viendra rejoindre exactement celle que l'on a tracée tout d'abord..

On a ainsi dessiné une circonférence dont le plan est perpendiculaire à l'axe de la jambe, et à laquelle il ne manque, pour être complète, que le pont de peau large de deux à trois centimètres que nous avons laissé intact tout à fait en avant.

En réalité, on pourrait fort bien sectionner aussi cette portion cutanée, mais il ne semble y avoir aucune utilité à le faire — sauf, toutefois, quand on remarque la présence d'un vaisseau veineux appréciable — et, d'autre part, on facilite de cette façon la suture ultérieure de la peau.

On repasse le couteau avec soin dans la plaie ainsi faite, pour sectionner sur toute la longueur le tissu cellulaire sous-cutané, les veines, les nerfs et l'aponévrose

d'enveloppe des muscles de la jambe. La plupart du temps c'est à la partie interne que l'on trouve les plus gros paquets veineux ; nous en avons vu dont le diamètre dépassait celui du petit doigt. A la section, on voit s'échapper par le bout central un jet de sang parfois considérable, phénomène qui nous démontrerait à lui seul, si nous n'en étions déjà convaincus, que les valvules ne remplissent plus leurs fonctions normales,

On doit y aller avec précautions dans l'incision de l'aponévrose, afin de ne pas intéresser les muscles sous-jacents ; mais cette section est absolument nécessaire pour atteindre le nerf saphène externe et son accessoire, ainsi que la veine saphène externe qui sont encore sous-aponévrotiques, ou, du moins, si l'on admet les idées du professeur Farabeuf, placés dans un dédoublement de l'aponévrose dont le feuillet profond passe inaperçu. Il faut apporter une attention toute spéciale à ce temps de l'opération, car ces organes échapperaient facilement à la section, logés qu'ils sont dans la gouttière formée par les deux jumeaux.

Les autres nerfs qui nous intéressent (cutané péronier, terminaison du petit sciatique, saphène interne) sont sus-aponévrotiques et par conséquent facilement atteints par le couteau.

L'incision étant faite, le premier temps de l'opération est terminé.

Dans un deuxième temps, on exécute la ligature des veines sectionnées.

Elle doit être très soignée ; on lie toutes les veines que l'on aperçoit, mêmes les plus petites, au catgut.

On fait la ligature du bout central et du bout périphérique. Pour les plus grosses, on les dénude sur une certaine longueur, de façon à appliquer le fil aussi loin que possible de la section ; ensuite on résèque ce qui dépasse.

Le troisième temps comprend la suture de la peau.

A ce moment, comme les lèvres de la plaie sont écartées de plusieurs centimètres du fait de la rétraction des tissus incisés, il faut faire plier la jambe à angle droit sur la cuisse pour permettre un affrontement plus facile. On fait alors la suture avec des crins de Florence.

C'est certainement le temps le plus long et le plus désagréable de l'opération. Le chirurgien et son aide sont obligés de prendre une position des plus inconfortables pour suturer la partie postérieure de l'incision — à moins de faire coucher, à ce moment, le malade sur le côté — et l'application des 30 à 40 fils nécessaires pour obtenir une bonne réunion est relativement longue. M. Brault dit avoir employé avec succès des agrafes de Michel qui font certainement gagner un temps considérable. Nous ne les avons jamais vu utiliser en pareille circonstance, mais il nous semble que leur emploi ne doit pas être des plus faciles sur des tissus aussi tendus, sauf le cas particulier d'une peau lâche et extensible.

La plaie suturée est recouverte de gaze stérilisée. On peut profiter de l'anesthésie pour faire un nettoyage plus complet de l'ulcère.

Le pansement qui est légèrement compressif part

du bout du pied et remonte jusqu'au dessus du genou. Il est bon de disposer les pièces de pansement de telle sorte que celles qui recouvrent l'incision soient indépendantes de celles qui recouvrent l'ulcère. De la sorte, si on a besoin de changer ces dernières, on ne sera pas obligé de déranger les autres. Nous n'avons jamais vu le fait se produire, mais, si l'ulcère suppure d'une façon notable, il y a intérêt à renouveler son pansement pour empêcher le pus d'aller, par imbibition des pièces voisines, contaminer la plaie opératoire.

Dans son lit, l'opéré aura sous le creux poplité un coussin qui maintiendra la jambe légèrement fléchie, empêchant ainsi les tiraillements de s'exercer au niveau de la suture.

Le premier pansement est laissé en place pendant dix jours.

Au bout de ce temps, on enlève les crins de Florence, et à ce moment la réunion est ordinairement parfaite. Pour ce qui est de l'ulcère, s'il n'est pas complètement guéri, on peut lui appliquer divers topiques dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

II. — MODE D'ACTION

De quelle façon cette intervention va-t-elle agir ?

« La colonne sanguine, en pressant de tout son poids sur les parois des veines, dit Moreschi (1), les

(1) *Moreschi, Clinica chirurgica*, fév. 1899, p. 98.

transforme en tubes inertes et devient la cause permanente et efficiente de l'ulcère. Or, cette cause, mon procédé la supprime puisque la colonne sanguine est divisée en deux points, et la circulation veineuse superficielle est totalement interrompue. Cet heureux résultat s'étend, non seulement aux veines volumineuses, mais encore aux plus petites qui pourraient devenir variqueuses et contenir le germe de la reproduction du processus morbide. »

Ensuite, il se fait une thrombose des veines entre les ligatures.

Enfin les veines perforantes ou communicantes — qui, de par la disposition de leurs valvules, leur faible diamètre et leur trajet tortueux et contourné, ne permettent pas à la pression du système profond de se transmettre au système superficiel — sont détruites, ce qui constitue un surcroît de sécurité.

Ces résultats, qui sont obtenus avec la méthode de Moreschi primitive, le sont également avec l'incision circulaire unique.

Nous avons : 1^o section et ligature de toutes les veines superficielles ; 2^o au niveau de cette ligature une thrombose veineuse qui s'étend même plus loin.

La pression énorme qui s'exerçait sur les veines de la jambe est donc ramenée à la normale. La circulation devenant plus facile, les échanges nutritifs vont pouvoir se faire d'une façon plus active : de là une rapidité plus grande dans la guérison de la perte de substance.

D'un autre côté, toutes les collatérales étant obli-

térées, on se met dans les meilleures conditions pour empêcher la circulation veineuse superficielle de se rétablir et la récidence de l'ulcère de se produire.

Enfin on a divisé les nerfs qui tiennent sous leur dépendance l'innervation de la peau au niveau de l'ulcère. Il semble naturel d'admettre que, sectionnant des filets nerveux profondément altérés dans leur structure, on supprime, du même coup, leur action dystrophique.



CHAPITRE V

Observations

Les observations que nous donnons sont toutes personnelles et ont été recueillies dans le service de M. le docteur Le-Moniet.

OBSERVATION I

C..., 58 ans, menuisier.

Entré à l'Hôtel Dieu le 8 mai 1904.

N'a jamais fait de grave maladie.

Varices devenues de plus en plus volumineuses depuis cinq ans.

S'étant blessé il y a quatorze mois, à la partie postérieure de la malléole interne du côté gauche, la plaie demanda plusieurs semaines pour guérir.

Depuis elle s'est reproduite deux ou trois fois sans cause notable.

Nous constatons des varices énormes surtout marquées à la face interne de la jambe gauche, nettes, mais beaucoup moindres, à la cuisse du même côté.

Au niveau de la malléole interne, une plaie large comme deux pièces de 5 francs.

Aucune douleur. Le malade ressent seulement une grande pesanteur dans les jambes après une marche prolongée.

Opéré le 11 mai 1904.

Premier pansement le 21 mai ; la plaie a diminué de plus de moitié.

Le 25, la plaie opératoire est guérie.

Le 8 juin, après quelques pansements simples, l'ulcère est complètement cicatrisé. Les varices sont presque invisibles.

Le malade étant menuisier à l'Hôtel-Dieu, nous avons pu le revoir à plusieurs reprises. Jamais il ne s'est plaint de sa jambe.

Revu le 4 juin 1906. Les varices n'ont pas reparu. Pas de douleur, pas d'œdème, pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION II

Ch.:, 48 ans, cultivateur.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} avril 1904.

N'a jamais été malade.

Il y a quinze mois, occupé à décharger un tombereau, le malade reçut sur la jambe droite un choc violent qui enleva la peau sur une surface large comme la paume de la main. Il se

soigna avec des compresses humides ; la plaie n'a jamais guéri. Depuis un mois elle augmente, ce qui décide le malade à venir à l'hôpital.

Actuellement, il y a, sur la moitié inférieure de la jambe droite, un ulcère en forme d'Y renversé dont les branches ont respectivement 3, 4 et 8 centimètres de long sur 3 à 4 de large. Les bords de la plaie sont taillés à pic.

Le fond est gris, purulent et dégage une odeur infecte. Toute la jambe présente une pigmentation brunâtre.

Grosses varices surtout marquées à la jambe droite et aux cuisses.

Pendant quelque temps on fait des lavages à l'eau oxygénée à 12 vol. étendue d'une solution de borate de soude. Entre ces lavages on fait des pansements à la gaze stérile.

La réparation se produit peu à peu.

Le 5 mai la cicatrisation est arrêtée depuis quelques jours, la plaie a encore 5 centimètres de long sur 3 de large. *L'opération est faile.*

Le 25 mai, plaie opératoire et ulcère sont guéris.

Revu le 6 juin 1906. Pas de récidence. Ce cultivateur bêche la terre en se servant de sa jambe opérée. Les varices n'ont pas reparu

Pas d'œdème, aucun trouble de la sensibilité.

Le malade se protège des chocs qui lui sont si nuisibles, au moyen d'un écorce de chêne appliquée au devant de la jambe.

OBSERVATION III

Ch..., âgé de 54 ans, manoeuvre.

Entré le 15 février 1905 à l'Hôtel-Dieu.

Varices à la jambe gauche depuis l'âge de 30 ans, et à la jambe droite un an plus tard.

A 36 ans, il reçoit un léger choc sur la partie antérieure de la jambe gauche. Il en résulte une excoriation qui, au lieu de guérir, augmente de jour en jour. Il entre à l'Hôtel-Dieu où il n'est guéri qu'au bout de 4 mois.

Dix ans après, à 46 ans, un traumatisme insignifiant fait reparaître l'ulcère au même endroit ; il dure trois mois, soigné par le repos au lit, et divers pansements.

Depuis, l'ulcère s'est reproduit à peu près une fois par an, obligeant le malade à passer chaque fois trois ou quatre mois à l'hôpital.

A son entrée, le 15 février 1905, Ch... présente trois ulcères :

1° L'un, à la réunion du tiers inférieur de la jambe avec ses deux tiers supérieurs, mesure 7 centimètres sur 4 et siège à la face antéro-interne ;

2° Un autre à la région malléolaire externe, large comme une pièce de 5 francs ;

3° Un troisième un peu au dessus de la malléole interne, un peu plus grand qu'une pièce de 2 francs.

Pigmentation marquée, varices énormes. Le malade se plaint de crampes fréquentes dans la jambe gauche. La sen-

sibilité à la piqure et à la chaleur est diminuée, surtout à la région interne. L'œdème est très notable et augmente d'une façon sensible le volume du membre.

Opéré le 17 février 1905.

Complètement guéri le 16 mars. Sort le 17.

A ce moment l'œdème a complètement disparu ; les varices ne sont plus visibles à la jambe ; elles ont notablement diminué à la cuisse.

Revu le 4 juin 1906. Pas de récurrence de l'ulcère. Pas d'œdème. La sensibilité est diminuée au niveau et autour de l'ancien ulcère.

Les varices de la cuisse sont devenues un peu plus volumineuses.

OBSERVATION IV

L. ., 51 ans, manoeuvre.

Antécédents héréditaires : Père a eu des ulcères ; mère avait des varices énormes.

Varices aux deux jambes depuis l'âge de 30 ans.

A l'âge de 46 ans, une enclume tombe sur les membres inférieurs de cet homme et lui occasionne deux plaies qui guérissent en 5 semaines.

Il y a deux ans, deux ulcères reparurent, un à chaque jambe, ce qui obligea le malade à rester deux mois à l'hôpital.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 27 juin 1905, on note :

Sur la jambe gauche un ulcère plus large que la paume de la main, siégeant à la région antéro-interne.

Sur la jambe droite, un ulcère grand comme une pièce de deux francs, à la région antéro-interne ; un autre des dimensions d'une pièce de 50 centimes à la région externe.

Varices très considérables, formant de gros paquets aux cuisses. Œdème très marqué des deux membres inférieurs.

Opéré le 30 juin 1905, aux deux jambes. — L'ulcère de la jambe droite est cicatrisé le 13 juillet.

Le 19, plaies opératoires et ulcères sont complètement guéris. Les varices ont disparu, il n'y a plus d'œdème ; les jambes ont considérablement diminué de volume.

Revu le 26 mai 1906. — Le malade nous raconte que, s'étant blessé au mois de janvier à la jambe gauche, il a eu une petite plaie qui a guéri après quelques jours de repos. Il se plaint d'engourdissements fréquents dans cette jambe.

Les varices sont redevenues très apparentes à la cuisse, mais sont loin d'atteindre le volume qu'elles avaient avant l'opération.

OBSERVATION V

J..., 66 ans, maçon, entré à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1904.

Varices depuis l'âge de 40 ans.

Il présente depuis 15 ans, à la jambe gauche, des ulcères à répétition dont les dimensions augmentent progressivement.

Actuellement, J... présente au tiers inférieur de la jambe gauche un vaste ulcère occupant environ les deux tiers de la circonférence du membre. La hauteur maxima de l'ulcération

est à la partie antéro-interne où elle mesure environ 8 à 9 centimètres.

Varices énormes, surtout sur le trajet de la saphène interne. Œdème marqué. La jambe gauche est considérablement augmentée de volume et offre une pigmentation brune avec des squames blanches ou grisâtres. La peau est luisante, tendue, infiltrée.

Le malade ne se plaint que de crampes dans les jambes. Anesthésie complète tout autour de l'ulcère.

Opéré le 22 novembre 1904.

Le 1^{er} décembre on enlève les fils. La cicatrisation de l'ulcère s'est faite d'une façon notable. Le liseré cicatriciel avance de la périphérie vers le centre avec rapidité.

Le 6 décembre, la plaie opératoire est complètement terminée. Plus tard, la cicatrisation de l'ulcère se ralentit et elle n'est complète que le 15 janvier 1905. Le malade quitte la salle le 20 janvier.

A ce moment la jambe opérée semble desséchée et est revenue à ses dimensions normales.

Les varices ont disparu à la jambe; à la cuisse, elles sont encore apparentes.

Le malade travaille à l'intérieur de l'hôpital, ce qui nous permet de constater de temps à autre que son état reste satisfaisant.

Revu le 5 juin 1906. Pas de récive; léger œdème malléolaire le soir; (cet individu reste toute la journée debout sans marcher).

Fourmillements dans le membre opéré. Anesthésie complète tout autour de la cicatrice, comme avant l'opération.

OBSERVATION VI

Tr..., 22 ans, serrurier.

Varices depuis l'âge de 18 ans. A 19 ans, à la jambe droite. phlébite à la suite de laquelle un œdème marqué a persisté pendant plusieurs mois.

Il y a 15 mois commença une ulcération qui grandit peu à peu et subit des périodes de régression sans jamais guérir complètement.

Le 2 janvier 1904, le malade entre à l'hôpital avec un ulcère siégeant à la partie interne de la jambe droite, au tiers inférieur. Il mesure les dimensions d'une pièce de 5 fr. environ. Varices marquées à cette jambe.

Opéré le 13 janvier 1904. Il contracte, quelques jours après, la variole qui nécessite son passage au pavillon d'isolement. L'ulcère est terminé le 15 février.

A la suite de sa variole, le malade fait une pleurésie purulente.

Sort guéri le 25 mai 1904.

Revu le 10 mai 1906. Il nous raconte que, deux mois après sa sortie de l'hôpital, il se rendit de Rennes à Bordeaux, à pied, en 15 jours. Depuis, il est revenu de Bordeaux à Paris et de Paris en Bretagne, toujours à pied, mais dans un temps plus long.

Actuellement, il travaille sans relâche et reste debout 12 à 14 heures par jour.

Jamais de récurrence. Pas d'œdème. Pas de troubles de la sensibilité. Les varices n'ont pas reparu.

OBSERVATION VII

P..., âgé de 50 ans, maçon.

Le premier ulcère a débuté il y a 15 ans. à la jambe droite. Un an après sa guérison, réapparition de l'ulcère. Quatre ans plus tard, troisième récurrence.

Il y a deux ans et demi, on a fait des greffes dermo-épidermiques ; le résultat fut excellent.

Mais il y a deux mois, l'ulcère a recommencé et grandit de jour en jour.

À la partie interne de la jambe droite, on note une perte de substance peu profonde, mesurant 9 à 10 centimètres de haut sur 6 de large.

Tout autour, une coloration violacée.

Varices marquées aux deux jambes. Gros paquets variqueux aux deux cuisses.

La jambe gauche n'a pas d'ulcère, mais une pigmentation intense avec squames grisâtres abondantes.

Opéré le 15 avril 1905.

L'ulcère est complètement cicatrisé le 2 juin.

La jambe a diminué de volume. Les varices ne sont plus apparentes.

Revu le 21 mai 1906. — N'a pas récidivé.

Anesthésie partielle autour de la cicatrice de l'ulcère. Léger œdème malléolaire le soir.

Les varices de la cuisse sont apparentes.

OBSERVATION VIII

B ..., charpentier, 57 ans.

Varices de la jambe droite depuis l'âge de 18 ans.

Celles de la jambe gauche ne sont apparues qu'à 35 ans.

Depuis un choc reçu à l'âge de 40 ans, le malade a eu 7 fois aux deux jambes des ulcères qui ont exigé, à chaque fois, de trois semaines à trois mois d'hospitalisation.

Revenu à la salle Saint-François le 27 janvier 1905, il présente :

a) A la jambe gauche, quatre ulcères dont le plus grand a les dimensions d'une paume de main et siège à la face externe ; les trois autres varient de la surface d'une pièce de 5 francs à celle d'une pièce de 1 franc.

b) A la partie antérieure et inférieure de la jambe droite, un autre ulcère large de 4 centimètres sur 6 centimètres de haut.

Les deux jambes sont rouges, violacées et fortement œdématisées.

Aux deux cuisses on voit de gros paquets variqueux.

Opération aux deux membres le 6 février 1905. Guérison complète le 23 mars. Les jambes sont revenues à leur volume normal. Plus d'œdème. Les varices sont devenues invisibles.

Il n'a pas été revu.

OBSERVATION IX

Fr..., 62 ans, cultivateur.

Ulcères à répétitions aux deux jambes, depuis 11 ans. Varices considérables.

A la jambe gauche, deux ulcères siégeant à la région antéro-interne; le plus élevé est grand comme une pièce de 5 francs, celui qui est situé au dessous, allongé dans le sens transversal, mesure 3 centimètres de haut sur 9 de large.

A la jambe droite, un ulcère large comme la paume de la main à la région antéro-externe.

Œdème marqué des deux membres inférieurs.

Diminution très accentuée de la sensibilité.

Opéré le 13 septembre 1904. — La jambe droite est guérie le 18 octobre. Les ulcères du côté gauche sont cicatrisés le 29 octobre.

L'œdème a disparu.

Le 3 juin 1906 le malade nous écrit que ses ulcères se sont reproduits aux deux jambes au mois d'août 1904 et se sont guéris au bout de quatre semaines de repos. Il nous dit avoir des engourdissements et des crampes fréquentes.

OBSERVATION X

B..., sabotier, 50 ans.

Ce malade a des varices depuis l'âge de 35 ans.

L.

5

Il y a 14 ans, il se blessa le devant de la jambe gauche, et la plaie ainsi produite ne se guérit qu'au bout de six mois. Depuis l'ulcère s'est reproduit quatre fois, exigeant tour à tour 3 mois, 6 semaines, 2 mois 1/2, et deux mois de repos au lit.

On remarque, à la jambe gauche, un vaste ulcère occupant toute la région malléolaire interne et la région antérieure du cou-de-pied, pour remonter ensuite à 10 centimètres sur la face antérieure de la jambe.

Varices énormes aux deux jambes et surtout à la cuisse gauche.

Opéré le 20 décembre 1904. — Le 30 décembre, au premier pansement, la plaie opératoire est terminée. L'ulcère est considérablement diminué; un tiers de la surface est cicatrisé.

Le 15 janvier 1905, il ne reste plus qu'une ulcération large comme une pièce de deux francs. Puis pendant 15 jours la cicatrisation n'avance plus, aussi le 8 février se décide-t-on à faire une greffe dermo-épidermique.

La guérison est complète le 25 février.

Nous avons appris, depuis, que ce malade est mort d'accident quelques semaines après sa sortie de l'hôpital.

CHAPITRE VI

Discussion de la Méthode.

Ses avantages. — Ses inconvénients.

En terminant la communication où il expose son procédé, Moreschi fait savoir que, à sa connaissance cinquante-deux cas ont été opérés, dont une douzaine par lui-même, et qu'ils ont été suivis de résultats excellents : la guérison a toujours été définitive.

C'est là une magnifique statistique ; mais d'autres auteurs n'ont pas eu des succès aussi complets.

Citernesì dit que, pour juger la méthode de Moreschi, il ne faut tenir compte que des cas où elle a été employée seule. Or, il rapporte vingt-deux observations dues à différents chirurgiens italiens où il relève neuf récidives s'étant produites dans un délai plus ou moins rapproché de l'opération.

Voilà deux séries de faits qui comportent des appréciations bien différentes.

En France les chirurgiens ont noté beaucoup de succès et quelques échecs. Par exemple, Durand en

1902 cite cinq observations recueillies dans le service du professeur Reclus, où, à côté de deux résultats excellents, il en rapporte trois médiocres.

Essayons donc de nous faire une idée de la valeur de la méthode en nous basant sur les faits que nous avons observés ; et plaçons-nous naturellement au double point de vue de la guérison des lésions existantes et des récidives ultérieures.

Pour ce qui est des bienfaits immédiats de l'opération, nous devons envisager les modifications qu'elle fait subir à l'ulcère, aux varices, à l'œdème.

L'influence sur l'ulcère est des plus heureuses. D'une façon générale, lorsqu'on enlève le premier pansement, on est frappé des progrès accomplis ; le liseré épidermique qui s'avance de la périphérie vers le centre a parfois recouvert un tiers et même la moitié de la perte de substance.

Le temps nécessaire à la cicatrisation totale a été parfois considérablement réduit et, dans tous les cas, bien diminué, si l'on en juge par la durée des ulcères précédents soignés par le seul repos au lit ou des topiques divers.

Quelques-uns de nos malades ainsi traités ont été guéris en 31 jours (Obs. VI), 28 jours (Obs. III), 26 jours (Obs. I), 20 jours (Obs. II), et même 19 jours (Obs. IV).

Ces chiffres qui, à première vue, peuvent paraître encore assez élevés, sont au contraire très faibles et représentent de véritables succès, si on veut bien se rappeler que presque tous nos malades avaient des

ulcères énormes et parfois de date très ancienne.

Qu'il nous suffise de faire remarquer que six de nos observations sur dix concernent des gens atteints de leur triste infirmité depuis 11, 14 et même 17 ans.

Mais si, la plupart du temps, la réparation marche très rapidement les premiers jours qui suivent l'intervention, nous avons constaté quelquefois qu'au bout d'un certain temps le processus de guérison devient beaucoup plus lent : témoins quatre de nos malades qui ne furent complètement guéris qu'au bout de 45, 46 et 63 jours. A l'un d'eux on fut même obligé de faire, le 48^e jour, une greffe dermo épidermique pour hâter la cicatrisation qui semblait arrêtée.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que l'opération exerce toujours sur l'ulcère une action favorable.

Quant aux varices, nous avons constaté d'une façon constante que, lorsque le malade quittait l'Hôtel-Dieu, elles avaient complètement disparu, et — chose curieuse déjà signalée par M. Brault — non seulement à la jambe, mais même au dessus de l'incision et à la cuisse.

La disparition des œdèmes est la règle. Certains de nos malades, (Obs. IV, V, VIII) qui avaient des jambes presque éléphantiasiques, ont vu leur membre subir une sorte de dessication et revenir à leur volume normal.

Des photographies prises avant et après l'opération, pour tous nos opérés, ont enregistré ces faits d'une façon durable.

Donc, en résumé, résultats immédiats excellents.

Que dire, maintenant, des résultats éloignés ?

Si nous nous étions bornés à considérer l'absence à l'Hôtel-Dieu de nos malades comme un signe certain de guérison définitive, nous n'aurions eu à signaler que des succès complets. Mais, afin d'avoir une idée plus exacte de la valeur de la méthode, nous avons essayé de revoir tous les opérés et nous y sommes parvenus, sauf pour un seul dont il nous a été impossible de retrouver la trace.

Si nous retranchons ce dernier de l'ensemble de nos résultats, et que nous ne tenions pas compte d'un autre de nos ulcéreux mort accidentellement quelques semaines après l'opération, nous trouvons que, sur huit observations où l'incision circonférentielle a été faite, nous avons eu une récurrence. (Nous ne pouvons pas, en effet, désigner sous ce nom une excoriation survenue au malade de l'observation IV et qui se comporta comme l'aurait fait n'importe quelle plaie survenant chez un individu sain.)

Sans vouloir nier absolument l'importance de cet échec, nous dirons cependant qu'il ne faut peut-être pas trop se baser, pour juger sévèrement la méthode, sur une récurrence qui s'est produite dans une classe sociale où l'homme est particulièrement exposé aux traumatismes et ignore les règles les plus élémentaires de l'hygiène. A ce cas malheureux nous avons à opposer sept autres cas de malades qui n'ont jamais revu leurs lésions et dont beaucoup se livrent cepen-

dant à des métiers pénibles et restent plusieurs heures debout par jour.

Quant à l'œdème, parfois considérable avant l'opération, nous ne l'avons jamais retrouvé d'une façon notable au moment où nous avons revu nos anciens ulcéreux.

Enfin, les varices qui, immédiatement après l'opération, ont toujours disparu, se sont reproduites peu à peu à la cuisse dans trois cas (obs. III, IV, VII), mais sont d'un faible volume et n'occasionnent aucun trouble appréciable.

Il nous faut maintenant répondre à quelques objections.

Nous avons quelquefois entendu dire autour de nous que cette méthode agissait surtout par le repos forcé qu'elle fait garder au malade.

Il suffit, pour se convaincre du peu de valeur de cette remarque, de se rappeler que nous avons vu guérir en 5 ou 6 semaines des ulcères qui demandaient 3 ou 4 mois pour être cicatrisés par le simple repos au lit. Bien plus, notre observation n° II concerne un malade qui fut soigné pendant 5 semaines par le repos avec des pansements aseptiques. A ce moment, la plaie restant stationnaire, on l'opère et la cicatrisation s'obtient rapidement.

On a fait d'autre part au procédé de Moreschi le reproche, s'il atteint les veines superficielles, de ne pas toucher aux veines profondes.

« Il faut avant tout, dit Moreschi (1), faire remarquer

(1) *Moreschi, loc. cit.*, p. 100.

que ce reproche s'adresse également à toutes les autres méthodes ». Ensuite il montre que, par son incision inférieure, il peut faire une boutonnière à l'aponévrose et atteindre très facilement telle veine profonde qu'il lui plaira de lier.

C'est une objection à laquelle il n'y a même pas lieu de répondre ; car, si on lie toutes les veines superficielles, qui sont les plus importantes pour nous, il faut bien laisser la circulation en retour se faire par une voie quelconque.

La sensibilité, a-t-on dit aussi, doit être abolie, ou très diminuée, après la section des nerfs intéressés par l'incision.

Laissons encore Moreschi répondre (1) : « Je puis dire avec assurance que la sensibilité du membre ne sera en rien lésée, parce que le pied est innervé par les terminaisons des deux tibiaux qui ne peuvent pas être touchés lors de l'incision, et parce que la peau de la jambe est innervée par de nombreux rameaux nerveux qui venus de la profondeur, perforent l'aponévrose jambière et viennent se terminer à la peau ; si on en sectionne quelques-uns, les autres y suppléent pour la conservation de la sensibilité. »

Pour notre part, nous devons faire remarquer que, chez les malades que nous avons revus, nous n'avons jamais trouvé d'autres troubles de la sensibilité que ceux qui avaient été notés avant l'opération.

Enfin, l'œdème redouté par certains auteurs, entre

(1) *Moreschi, loc. cit.*, p. 101.

autres par Ledderhose, était observé avec l'incision sus-malléolaire: nous ne l'avons jamais enregistré à la suite de l'incision circulaire unique.

Quels sont donc les avantages de l'incision circonférentielle de la jambe ?

1^o C'est une opération facile à exécuter. Elle est à la disposition du moins chirurgien des médecins; elle ne consiste qu'en une incision, une ligature de vaisseaux et une suture que tout praticien doit savoir faire. Elle demande une instrumentation des plus simples. « Je suis convaincu que ceux qui l'essaieront une fois, dit Moreschi (1), à cause de la facilité de la technique et des résultats qu'elle procure, la répéteront toujours. »

2^o Elle est inoffensive. Nous n'avons jamais enregistré le moindre accident ni la plus minime complication.

Nous avons toujours vu employer l'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther, mais on pourra, quand on voudra réduire encore les risques opératoires, employer l'anesthésie locale à la cocaïne.

3^o Nous avons montré tout à l'heure l'influence heureuse que ce procédé exerce sur l'ulcère, les varices et l'œdème.

4^o Bien plus, quelquefois il supprime des douleurs qui existaient auparavant. Durand rapporte le cas d'un malade à qui M. Paul Delbet fit subir cette opé-

(1) *Moreschi, loc. cit.*, p. 102.

ration pour une cicatrice d'ulcère douloureux. Les douleurs disparurent complètement.

5° Elle est indiquée dans tous les cas d'ulcère variqueux. Naturellement, on n'y songera pas en face de lésions profondes qui réclament l'amputation, et au cas d'extrême vieillesse ou de cachexie avancée.

6° Elle a l'avantage de s'adresser à la fois à tout le système veineux superficiel et aux filets nerveux périphériques.

Pour ces diverses raisons, la méthode des incisions circonférentielles nous semble bien supérieure à l'une quelconque des autres méthodes chirurgicales employée seule.

Nous ne prétendons pas cependant qu'elle soit absolument parfaite et doive faire délaisser tous les autres modes de traitement.

Nous devons reconnaître que nous avons observé une récurrence de l'ulcère et que des varices ont, quelquefois, en partie reparu.

A vrai dire, cette récurrence isolée ne peut-elle pas être attribuée en grande partie à cette constitution spéciale de la cicatrice d'un ancien ulcère, cicatrice qui reste, même après la suppression des causes de l'ulcère, un point de moindre résistance.

Quant aux varices, elle se sont reproduites chez des malades qui avaient présenté des paquets variqueux énormes à la cuisse, c'est-à-dire en un point qui n'est pas directement intéressé par l'opération.

Moreșchi avait envisagé la possibilité de ces cas et

conseillait de faire alors une troisième incision à la cuisse.

Bien que nous ayons toujours remarqué que les varices reformées étaient de petit volume et nullement gênantes, on aurait avantage à suivre, en quelque sorte, le conseil de l'inventeur du procédé. Quand on se trouvera en face de varices particulièrement volumineuses à la cuisse, il sera indiqué de faire, à l'exemple de M. Mauclair et M. Vince, de Bruxelles, la résection de la saphène interne en même temps que l'incision circonférentielle de la jambe.

CONCLUSIONS

1° Deux éléments principaux dominant toute la pathogénie des ulcères variqueux :

a) Des lésions veineuses.

b) Des lésions nerveuses.

2° Avant la découverte du procédé de Moreschi, les méthodes chirurgicales ne s'attaquaient qu'à l'un ou à l'autre de ces éléments pathogéniques ;

3° Le procédé de l'incision circonférentielle de la jambe s'attaque à la fois à tout le système veineux superficiel et aux lésions nerveuses périphériques ;

4° Cette méthode est indiquée dans tous les cas d'ul-

cère variqueux parce que : *a*) elle est d'une technique facile ; *b*) elle est inoffensive ; *c*) elle est efficace ;

5° Elle semble bien supérieure à chacune des autres méthodes chirurgicales employée seule.

Vu : par le Doyen,
DEBOVE.

Vu : par le Président,
Paul SEGOND.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUZILHON. — Introduction à l'étude de l'ulcère simple. Montpellier, 1868.
- BRAULT. — Gazette des Hôpitaux, 4 août 1903.
- CAILLETON. — Thèse de Paris 1901, n° 335.
- CAILLOUÉ. — Thèse de Paris 1899, n° 517.
- CHIPAULT. — Société de chirurgie, mai 1899.
- L'œuvre médico-chirurgicale, n° 33, 23 mars 1903.
- Paul DELBET. — Société de Biologie, 22 avril 1899.
- Presse médicale, 13 octobre 1900.
- Pierre DELBET. — Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu, août-septembre 1897.
- DOLBEAU. — In thèse Lafaye, 1875.
- DURAND. — Thèse de Paris, 1901-02, n° 140.
- ESTIENNY. — Thèse de Toulouse, 1892-93.
- GAY. — The Lancet, 1853, p. 450.
- HARDOUIN et LE PIPE. — Presse Médicale, 17 janvier 1906.
- JACCOUD. — Dictionnaire de médecine et chirurgie, art. Varices.
- JASSERON. — Thèse de Toulouse, 1905, n° 591.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Chirurgie antiseptique 1876.

- LEDDEHROSE. — In thèse Holtzmann. Strasbourg, 1898.
- LE DENTU. — Circulation veineuse du pied et de la jambe.
Thèse de Paris, 1867.
- MAGIN. — Thèse de Paris, 1904, n° 160.
- MARION. — Archives générales de médecine, 5 juillet 1904,
pp. 1695-1703.
- MARIANI. — Gazzetta degli ospedali, 25 novembre 1900.
- MORESCHI. — Clinica chirurgica, février 1899, n° 2, p. 89.
- OLLIER. — Bulletin de l'académie de médecine, 1872.
- PONCET. — Lyon médical, octobre et novembre 1871.
- QUÉNU. — Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux.
— Revue de chirurgie, 1882, t. II, pp. 877-897.
— Société de chirurgie, 1888.
- RÉMY. — Traité des varices du membre inférieur, 1900.
- RICARD. — Gazette des hôpitaux, 1890.
- RECLUS. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. t. I,
p. 36.
- ROUQUETTE. — Th. de Montpellier, 1905.
- SCHWARTZ. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1887 ;
Revue de chirurgie, 1898, p. 1087.
- TÉSSÉNE. — Thèse de Paris, 1905, n° 412.
- TRENDELENBURG. — Beitrage zur klinisc chirur., 1890.
- VINCE. — Annales de la Société belge de chirurgie, 1900,
p. 249.
- VIANNAY. — Revue de chirurgie, 1905, n° 1.